

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

1414

PAR
Jean DUCHÈNE

Né à Saint-Quay-Portrieux (C.-du-N.) le 18 Janvier 1915

**LES OMBRES PULMONAIRES
LABILES**

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DUCHÊNE

Né à Saint-Quay-Portrieux (C.-du-N.) le 18 Janvier 1915

LES OMBRES PULMONAIRES LABILES

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	R JUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOÛIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
Hygiène et clinique de la première enfance	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des ma-	NOBECOURT.
ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphi-	LAIGNEL-LAVASTINE
litiques	
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	GREGOIRE
Clinique urologique	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique d'accouchements.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LEVY-SOLAL.
pédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	TROISIER.
dulte	
Clinique cardiologique	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-Sociale.....	CLOVIS VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire.....	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BERNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oo-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.

Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOU.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GU.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENS.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT LUT.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÉNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCC.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE
DE MON PERE

MORT POUR LA FRANCE (1915)

A MA MERE

*En témoignage de mon
amour filial et de ma vive
reconnaissance.*

A MON ONCLE

MONSIEUR FRANÇOIS JAMET

Capitaine au Long Cours
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de mon
affection et de ma gratitude.*

A MA FAMILLE

A MES PROFESSEURS

DE L'ECOLE ST-CHARLES DE ST-BRIEUC

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et Médecine Préventive

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

RENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONNIET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY

PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien Honoraire de l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

*Qui nous a communiqué
avec la plus grande bienveil-
lance l'observation de cette
thèse ; avec notre reconnais-
sance.*

MONSIEUR LE DOCTEUR BOLTANSKI

Médecin de l'Hôpital Saint-Anjoine

MONSIEUR LE DOCTEUR CLEISZ

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin-Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN

Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BANZET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MES CONFERENCIERS

INTRODUCTION

L'appellation d'infiltrats pulmonaires labiles a été employée par Ameuille et Lejard pour désigner des condensations pulmonaires de durée limitée qui se terminent par la guérison et le retour du parenchyme qu'elles avaient envahi à son aspect normal.

Quelle que soit la nature de ces infiltrats, ce qu'il faut relever, c'est le caractère labile de l'ombre pulmonaire qu'ils dessinent sur la radiographie.

Cette propriété d'être labiles leur donne une grosse importance pratique et soulève, chez les cliniciens, bien des problèmes étiologiques.

Une observation — celle d'une jeune fille qui a présenté en juillet 1937 une ombre pulmonaire labile avec récurrence de cette image en septembre 1938 — recueillie à l'Hôpital Boucicaut, dans le service de M. le Docteur Courcoux, nous a incité à écrire cette thèse.

Nous y ferons d'abord un bref historique des images labiles.

Nous en donnerons ensuite les principaux caractères.

Après notre observation clinique, nous examinons :

— Les rapports qui existent entre ces ombres et l'allergie.

— La place qui peut revenir à ces infiltrats passagers dans le cadre :

— de la tuberculose,

— des affections pulmonaires non bacillaires
et surtout pneumococciques,

— de l'asthme,

— des parasitoses,

— de l'insolation.

Et, avant de tirer nos conclusions, nous dirons un mot de l'intérêt pratique — clinique et social — que présente la connaissance de ces ombres pulmonaires labiles.

I

HISTORIQUE

Au cours de ces dix dernières années, la multiplication et la systématisation des examens radiologiques des poumons a, de plus en plus, mis en évidence l'existence d'images radiologiques du thorax simulant une infiltration pulmonaire tuberculeuse au point de faire porter ce diagnostic.

Or, il est arrivé parfois que l'on a vu disparaître ces images dans des délais trop courts pour que la tuberculose pût être systématiquement incriminée.

Nous allons donner un aperçu succinct des principales communications faites à ce sujet, tant en France qu'à l'étranger.

Sous le titre : « Infiltrats labiles et Tuberculose », la Société Médicale des Hôpitaux de Paris entend une communication d'Ameuille et Lejard, qui exposent une dizaine de cas d'images pulmonaires d'aspect tuberculeux et s'étendent plus spécialement sur quatre d'entre eux.

Quatre ans plus tard, en 1936, Ameuille publie quatre cas d' « Infiltrats pulmonaires labiles », avec

syndrome clinique bref et aigu et image radiologique bientôt disparue sans laisser de traces.

Armand-Delille et Marquezy avaient pris part à la discussion, à la Société Médicale des Hôpitaux, le premier pour signaler la fréquence de telles images chez des enfants atteints de rhinopharyngite avec fièvre, le second pour exclure toute idée de tuberculose, la cuti-réaction à la tuberculine demeurant, dans tous les cas, négative.

La même année, Langeron, d'Hour, Fournier relatent un cas de « densification fugace du lobe moyen » chez un sujet ayant bientôt présenté un bouquet d'herpès péribuccal.

En Espagne, Seye, en 1934, Eizaguire, l'année suivante, s'intéressent aux « ombres pulmonaires fugaces ».

Le Hollandais Kluit décrit, en 1936, des condensations pulmonaires fugaces avec syndromes cliniques plus ou moins fébriles.

Soderling et Hansson, médecins scandinaves, relatent des cas analogues, de même que Faravelli en Italie.

Les Allemands, avec Fassbender — 1926 — signalent deux cas d'imprégnations pulmonaires fugaces, sans préjuger de leur origine.

Offerman et Wuleiweber publient de semblables observations en 1932.

Dietl fait les mêmes observations qu'Armand-Delille en France.

En Suisse, des publications ont lieu en grand nom-

bre, se rapportant à ces densifications passagères du parenchyme pulmonaire. Löffler les étudie tout spécialement et montre la fréquence de l'éosinophilie chez les porteurs de telles images radiologiques. A lui seul, il présenta, depuis 1931, 53 cas.

Aujourd'hui, il n'est pas une revue médicale qui ne publie, de temps à autre, une observation d'ombre labile.

Nous allons, dans notre prochain chapitre, en donner les principaux caractères.

II

PRINCIPAUX CARACTERES DES OMBRES LABILES

Les ombres radiologiques labiles peuvent avoir des aspects très divers.

Elles se localisent en un point quelconque du poumon avec, peut-être, une certaine prédilection pour la région sous-claviculaire.

Leur étendue est variable, allant de la taille d'une noix ou d'une amande jusqu'aux deux tiers d'un champ pulmonaire (cas signalé par Löffler).

Leur aspect le plus habituel se rapporte à quatre types :

- ombres nodulaires analogues aux infiltrats précoces de Redeker,
- ombres polycycliques ou multiples,
- ombres à topographie lobaire,
- ombres ressemblant à des infiltrats tuberculeux secondaires.

D'autres fois, l'ombre est étendue et irrégulière, sans grands caractères.

Ces ombres, tantôt épaisses, tantôt ténues, tantôt

bien limitées, tantôt à contours imprécis, sont, le plus souvent, uniques.

Une fine raie linéaire peut marquer une participation pleurale. Mais les géodes, les images micronodulaires, les images réticulaires ne font pas partie des ombres labiles.

Leur durée est variable, allant de quelques jours à six semaines ou deux mois, en moyenne.

Outre ce caractère d'extrême fugacité, elles ont encore celui de régresser complètement : il y a toujours, radiologiquement, *restitutio ad integrum*.

Mais, dans certains cas, l'image peut récidiver, après un temps variable. C'est précisément le cas rapporté par notre observation.

Les ombres s'accompagnent souvent d'un petit syndrome clinique (point de côté, dyspnée, expectoration, plus ou moins fébrile), mais, en général, très peu marqué.

Enfin, l'on a observé fréquemment — mais non constamment — de l'éosinophilie variant de 5 à 60 %.

L'ensemble « ombre, syndrome clinique, éosinophilie » constitue le syndrome de Löffler, dont l'autonomie est discutable. « Nous conseillons, dit Debré, aux cliniciens français, la plus grande prudence avant d'accepter comme valable l'existence d'un syndrome qui n'est pas encore démontrée. »

Quel est le substratum anatomique de ces images ?

Engel parle de lésion œdémateuse, Löffler d'inflammation séreuse.

Ce sont là de pures hypothèses et il nous paraît

vraisemblable que le substratum anatomique varie suivant les divers cas cliniques et radiologiques, sans toutefois que l'on puisse exactement préjuger de sa nature.

III

OBSERVATION

La malade est une jeune fille de 17 ans qui entre dans le service de M. le Docteur Courcoux, à l'Hôpital Boucicaut, le 6 juillet 1937.

Jusqu'alors, son état de santé a été satisfaisant ; au cours de son enfance, elle a eu les oreillons et la rougeole ; plus tard, à un âge qu'elle ne précise pas, une congestion pulmonaire.

Ses parents jouissent d'une bonne santé, de même que sa sœur ; aucun antécédent familial de tuberculose.

Au cours du mois de juin 1937, elle s'est sentie fatiguée, dyspnéique à l'effort et surtout à la marche.

Un point de côté est apparu, elle n'a plus d'appétit et présente une toux quinteuse, surtout la nuit et le matin au réveil.

— A son entrée dans le service, sa température est absolument normale.

— Elle tousse un peu mais ne crache guère.

— L'examen physique ne révèle qu'une submatité du sommet gauche avec quelques signes adventices.

— Bacilloscopie négative.

— Cliniquement, le poumon droit apparaît strictement normal.

Une radiographie pratiquée à ce moment montre :

— Une infiltration du sommet gauche, assez dense, partant de la corne supérieure du hile gauche, envahissant le lobe supérieur sans en atteindre ni le sommet ni la scissure.

— Cette ombre est homogène et ne montre aucune image de caverne.

— Le poumon droit est intégralement sain ; son hile est à peine un peu gros, ce qui est banal.

Pendant son séjour dans le service, la malade est régulièrement suivie : la radioscopie va bientôt montrer une régression progressive de l'image apicale gauche. Les examens de crachats, multipliés et pratiqués avec le plus grand soin, montrent régulièrement l'absence de bacille de Koch.

La malade quitte le service le 2 août 1937.

On l'envoie alors faire une cure au Préventorium de Beaumesnil où elle va rester jusqu'au 24 novembre 1937.

Sn état général est, à cette date, très satisfaisant ; toute manifestation pulmonaire a disparu.

Au début de 1938, le 12 janvier, elle revient au centre de triage de l'Hôpital Boucicaut pour se faire examiner.

On pratique, alors, un cliché radiographique qui se montre absolument normal.

Le 26 juillet 1938, elle entre pour appendicite à

l'Hôpital Necker. L'appendicectomie y est pratiquée sous anesthésie générale à l'éthér.

Mais la jeune fille a déclaré qu'on l'a soignée à l'Hôpital Boucicaut, dans le service des maladies pulmonaires.

On pratique donc une radiographie pré-opératoire, qui se montre aussi normale que la précédente faite en janvier.

Le 7 août, elle sort, guérie, de Necker.

Au mois de septembre 1938, le point de côté ressenti l'année précédente réapparaît.

La malade présente une expectoration peu abondante, mais d'aspect muco-purulent et verdâtre.

Elle a beaucoup maigri, elle est fatiguée, mange peu, et sa courbe de température est nettement fébrile avec clochers thermiques à 39, survenant par accès.

Le 29 septembre, survient une hémoptysie qui remplit un crachoir entier de sang rutilant.

Les huit jours suivants, expectoration de petits crachats sanglants.

Devant ces manifestations, elle entre de nouveau à l'Hôpital Boucicaut le 1^{er} octobre 1938.

A son entrée, le syndrome clinique, en dehors de la « queue » de l'hémoptysie, est au minimum.

La température oscille autour de 37°5. L'état général est jugé un peu déficient.

La radiographie pratiquée à l'entrée de la malade nous montre :

— Une ombre de la même intensité que celle ob-

servée en juillet 1937, à même point de départ hilaire, mais un peu moins étendue ; comme la précédente, elle n'atteint pas le sommet du poumon, et sa limite externe reste plus distante du bord externe de la cage thoracique.

— Même intégrité du poumon droit qu'en juillet 1938.

— On pratique, pendant ce second séjour dans le service, des examens en série de l'expectoration : jamais aucun bacille de Koch n'y est découvert.

— On suit la malade à la radioscopie : l'image anormale disparaît progressivement.

Un fait mérite d'être signalé : cette jeune fille présente de l'aménorrhée depuis sept mois.

Sous l'influence du seul repos, le parenchyme pulmonaire apparaît, bientôt, radiologiquement, tout à fait normal.

La dernière radiographie, en date du 26 mai 1939, confirme la persistance de son intégrité.

IV

LES OMBRES LABILES ET L'ALLERGIE

La soudaineté d'apparition, la disparition rapide et totale, dans tous les cas, des manifestations radiologiques labiles, les a fait comparer à un phénomène fluxionnaire, tout à fait dans la note des manifestations allergiques.

D'autres arguments jouent aussi en faveur de l'allergie :

— Telle est l'éosinophilie, si fréquemment rencontrée de pair avec ces ombres labiles et qui les rapproche des affections de nature anaphylactique, telles que l'urticaire, l'asthme, le rhume des foins.

— Tel aussi ce terrain spécial rencontré chez certains porteurs d'ombres fugaces : migraineux, individus sujets à l'œdème de Quincke.

Pour Löffler, l'infiltration du parenchyme pulmonaire constituerait, en général, la réponse du tissu pulmonaire à un allergène, alors qu'il se trouve dans une position allergique particulièrement favorable.

Wernes Jadasohn y voit une réaction seconde, fu-

gace, à distance d'un foyer infectieux primitif, et ne renfermant pas forcément le germe de celui-ci.

Delbecq, Garnier et Depasse rapportent l'histoire d'une jeune femme tuberculeuse suivie par eux en sanatorium, et qui présenta, un jour, en même temps qu'un petit syndrome clinique, une image sombre sur son parenchyme pulmonaire : cette image se montra comme faisant partie d'un syndrome de Löffler.

L'idée leur vint alors de pratiquer chez leur malade, très émotive, des injections intradermiques d'histamine.

La réponse se traduisit par des papules particulièrement étendues, très marquées, très tenaces.

Il nous a semblé qu'il s'agissait là d'un terrain spécialement favorable aux manifestations allergiques.

Nous allons aussi rapporter l'expérience que Richard Jahiel a pratiqué sur le lapin, et relaté dans la revue de la Tuberculose (V, 4, 39).

A 12 lapins, il injecte dans le lobe supérieur du poumon droit un demi-centimètre cube de leur propre sérum hydrolysé par SO_4H_2 .

Il en sacrifie 6 à intervalles variables : ainsi, il se rend compte que le lapin a fait une petite pneumopathie — au lieu de l'injection — dont la durée n'a pas excédé 15 jours.

Les 6 autres lapins reçoivent, par voie intra-veineuse, le même auto-sérum que la première fois.

On les sacrifie entre le troisième et le trentième jour.

On trouve alors de grosses lésions pneumoniques

surtout localisées au poumon primitivement injecté ; le bloc congestif est au maximum au niveau de la première injection ; ailleurs, les noyaux sont discrets.

Au microscope, il s'agit d'alvéolites œdémateuses et hémorragiques.

Le phénomène est d'une spécificité rigoureuse, quant au sérum employé.

Le commentaire suivant illustre cette expérience : le poumon est particulièrement sensible aux chocs allergiques ; il est un émonctoire et un lieu de transformation des polypeptides :

« Le phénomène pulmonaire chez le lapin donne l'image de processus que l'on rencontre souvent dans des aspects anatomo-cliniques bien systématisés de clinique humaine. Et cela, disons-le, en l'absence de toute intervention microbienne, par le jeu des sensibilisations protéiniques locales sur des tissus qui vont garder la « mémoire » élective de cette sensibilisation. »

Engel, qui a observé de nombreux syndromes de Löffler au moment de la floraison des troënes, y a vu une réaction allergique au pollen de troënes. Il soutient cette opinion, bien que la cuti-réaction pratiquée avec ce pollen n'ait jamais été positive. Ceci n'infirme d'ailleurs en rien la théorie allergique ; tout au plus cela montrerait-il que l'appellation « rhume des troënes » est une appellation impropre.

Les phénomènes congestifs observés par Richard Jahiel chez le lapin, la théorie fluxionnaire de Löffler, tout à fait dans la note de la congestion locale pul-

monaire observée par Von Pirquet lors de l'injection de tuberculine à des tuberculeux, rendrait compte des hémoptysies qui accompagnent parfois les ombres labiles, en dehors de toute tuberculose.

Peut-être les ombres labiles doivent-elles nous rappeler la phrase de Pidoux : « La maladie est de nous, par nous et en nous. »

V

LES OMBRES LABILES CHEZ DES SUJETS AYANT DES ANTECEDENTS DE TUBERCULOSE OU AYANT DES BACILLES DANS LEURS CRACHATS

Chez de tels sujets, l'observation d'une ombre labile peut évoquer de nombreuses hypothèses.

A. — L'EXPECTORATION N'EST PAS BACILLIFÈRE.

On peut tout d'abord penser à une réaction allergique. L'infiltration observée constituerait la réponse du tissu pulmonaire à l'allergène produit par le B. K.

Langer a rapporté, en 1922, une observation qui peut se résumer ainsi :

Il s'agit d'un enfant de quatre ans et demi, qui a souffert, auparavant, d'une splénopneumonie dont l'évolution s'étendit sur 18 mois, après quoi l'on constata une guérison parfaite.

Quatre ans après, une radiographie décela la réapparition d'une infiltration pulmonaire qui s'effaça complètement en 15 jours, laissant le parenchyme pulmonaire radiologiquement indemne.

L'on peut penser que ce phénomène s'est produit sous l'influence de toxine libérée par des B. K., résidus de l'affection précédente et présentement sans nocivité, réalisant une action analogue à celle de la tuberculine.

Il y aurait eu un phénomène fluxionnaire à début et à régression rapide, bien dans la note des phénomènes allergiques.

— Des pneumopathies condensantes, telles que la pneumonie à pneumocoques, peuvent constituer une ombre labile chez des sujets aux antécédents suspects de tuberculose.

La connaissance de telles possibilités est importante.

Jeanneret et Fame ont montré de tels cas survenant chez des tuberculeux chroniques, suivis régulièrement à la radio ; seule une ombre rapidement apparue et une modification de l'expectoration marquaient cette affection surajoutée, dont l'existence était pourtant indéniablement prouvée.

Nous avons lu le cas d'une infirmière qui avait eu, dans le passé, une pleurésie sérofibrineuse, et dont la radiographie était normale.

Un jour, elle se sent fatiguée, elle présente un petit syndrome clinique, tout à fait minime, qui n'eût inquiété personne, en dehors de tout antécédent pleurétique.

On lui fit une radiographie ; celle-ci montra une ombre pulmonaire assez étendue, assez dense.

On se hâta d'examiner les crachats : aucun bacille de Koch, mais pneumocoques en légions.

L'image, suivie à la radioscopie, s'effaça en quatre jours ! Par prudence, on lui donna une convalescence assez longue. Depuis, son état de santé est tout à fait normal.

B. — L'EXPECTORATION EST BACILLIFÈRE.

Des cas ont été rapportés, où des images labiles ou des « syndromes de Loffler » ont été accompagnés ou suivis d'expectoration bacillifère.

Wernli-Hoessig a vu évoluer des tuberculoses, peu après la disparition de syndromes de Loffler.

Leitner parle d'infiltrats hyperergiques chez des tuberculeux, avec expectoration bientôt bacillifère.

Déjà, en 1932, Ameuille rapportait quatre observations d' « infiltrats labiles ». Sur ces quatre malades, l'un présenta des B. K. dans ses crachats, pendant très peu de temps, il est vrai.

Et il ajoutait : « Nous avons observé des lésions pulmonaires condensantes infiltrées que nous avons des raisons de croire tuberculeuses, qui se sont résorbées rapidement, sans aucun traitement, un repos toujours très court, parfois pas de repos... On peut avoir quelque inquiétude sur leur avenir. »

De tels faits sont, en effet, de nature à montrer que les images labiles, malgré leur fugacité, ne doivent pas dispenser ceux qui en ont été porteurs de prendre des précautions dans l'avenir et de se considérer comme suspects, pendant au moins quelque temps.

C. — Nous allons soulever, ici, le problème de l'atélectasie. Dire atélectasie, c'est faire un diagnostic

anatomique plutôt qu'étiologique. D'autre part, cette étude peut ne pas sembler à sa place au chapitre de la tuberculose pulmonaire.

C'est pourtant dans un poumon tuberculeux dont le parenchyme est sans cesse remanié par le processus de guérison et d'évolution que l'on peut, le plus vraisemblablement, assister à des déformations transitoires de l'arbre bronchique, lesquelles favoriseraient son obstruction par un bouchon muqueux.

Ainsi pourraient peut-être se produire des phénomènes d'atélectasie simple, intéressant des zones limitées, que l'on peut difficilement imaginer dans un poumon sain.

Néanmoins, des objections peuvent être facilement soulevées.

D'abord, en présence d'ombres pulmonaires même considérables, on n'a jamais signalé ces signes qu'il est de coutume de rencontrer dans l'atélectasie : ni rétraction, ni immobilité du diaphragme, ni déplacement pendulaire du médiastin.

D'autre part, l'atélectasie ne s'accompagne pas d'éosinophilie. On comprend, dès lors, bien difficilement que l'on ait voulu y voir une étiologie possible du syndrome de Löffler.

En somme, si l'atélectasie avait un rôle à jouer, il nous semble qu'elle ne pourrait guère réaliser d'images labiles, au sens donné à ce terme, que dans un poumon malade et particulièrement tuberculeux, où l'on voit des cas de remaniements fibreux perpétuels des lésions.

VI

LES OMBRES LABILES DANS LES AFFECTIONS NON BACILLAIRES

Tant en France qu'à l'étranger, on a trouvé bon nombre d'images labiles, avec ou sans éosinophilie, chez des sujets à cuti-réaction négative.

Dans ces cas, toute parenté entre les ombres et une infiltration bacillaire peut être écartée.

Mais des germes autres que le B. K. et tels que les hôtes fréquents, sinon habituels, de nos voies respiratoires, et en particulier le pneumocoque, ne pourraient-ils pas être les responsables de ces manifestations cliniques et radiologiques ?

Il est certain que l'éosinophilie plaide en défaveur de la pneumonie, même bâtarde, qui donne une hyperleucocytose sans éosinophilie. Mais l'éosinophilie n'est pas forcément la compagne des ombres labiles.

Le syndrome clinique, souvent réduit au minimum, le manque ou le peu d'expectoration, ne doivent pas faire rejeter la pneumonie dans ses formes abortives.

Chez nous, la pneumonie, de plus en plus rare, présente peut-être de fréquentes formes abortives,

dépourvues de tout le cortège clinique de la classique forme aiguë, et dont le principal caractère serait une manifestation radiologique.

La durée des ombres labiles, survivant aux signes cliniques, n'est pas une incompatibilité avec une infection pneumococcique.

Léon Bernard et Lamy ont signalé de tels faits : la condensation pulmonaire, radiologiquement démontrée, persistant plusieurs semaines après la poussée fébrile.

Nous avons, d'autre part, dans un autre chapitre, rapporté le cas d'une infirmière ayant des antécédents de pleurésie et chez qui une affection pulmonaire à pneumocoques, bactériologiquement démontrée, avait donné une image radiologique qui, pendant quelques jours, avait fait craindre la tuberculose.

Il est à remarquer, d'autre part, que l'observation de ces images radiologiques se fait bien souvent chez des sujets présentant une petite infection rhino-pharyngée, analogue à ces affections que l'on appelle si facilement « grippe », et qui finissent très souvent par une affection pulmonaire bénigne.

D'autre part, le poumon, si sensible aux divers allergènes, ne pourrait-il pas parfois réagir sous l'influence d'une affection rhino-pharyngée due à l'un de ces germes contre lesquels nos voies respiratoires ont dû, déjà, si fréquemment lutter ? La pneumonie franche aiguë n'est-elle pas elle-même une manifestation allergique ?

VII

LES OMBRES LABILES DANS L'ASTHME

L'éosinophilie qui accompagne très souvent les ombres pulmonaires labiles, le fait qu'elles surviennent fréquemment sur des terrains diathésiques spéciaux, ont amené certains auteurs à rapprocher ces phénomènes radiologiques de l'asthme et à vouloir intégrer ceux-là dans celui-ci.

Gernez-Rieux cite le cas d'un enfant de 9 ans qui a présenté deux fois, à un an d'intervalle, au cours d'une crise d'asthme, une infiltration passagère de la base droite, puis de la base gauche. La première, un peu longue, en imposa, tout d'abord, pour une infiltration bacillaire du poumon. La deuxième s'évanouit complètement en un laps de 16 jours, en même temps que disparaissaient les accès d'asthme.

« Il est hors de doute, écrit-il, qu'il s'est agi d'images telles que celles décrites par Löffler, et très différentes de l'accentuation diffuse des ombres pulmonaires hilaires et trabéculaires que les classiques considèrent comme caractéristiques de l'asthme bronchique. »

Et il ajoute : « ... de semblables faits ne sont pas exceptionnels... »

Rieux insiste avec juste raison sur ces images hilaires et trabéculaires qui accompagnent la crise d'asthme et disparaissent avec elle.

Ces images hilaires peuvent d'ailleurs n'être que l'étalement, absolument normal, des hiles sur une radio prise en expiration (chez un jeune enfant).

Debré, qui a étudié l'aspect radiographique des poumons au cours de la crise d'asthme, chez 36 enfants, a montré la fréquence de cet étalement hilaire, allant jusqu'à donner des images en ailes de papillon.

Par contre, il n'a jamais vu de plages, d'images en foyer, analogues à celle de Rieux, susceptibles de constituer un élément de syndrome de Loffler dont il va jusqu'à discuter l'autonomie.

Debré pense que l'immense majorité des ombres que l'on a pu observer ainsi ne sont que des images de stase : une injection d'adrénaline les fait, le plus souvent, disparaître.

Il convient donc d'être prudent lorsque l'on discute de l'analogie de l'asthme et du syndrome de Loffler. On ne peut intégrer l'un dans l'autre et il faut se méfier, au cours d'une crise d'asthme, de ces aspects radiologiques qui ne sont que de « fausses ombres labiles ».

VIII

LES OMBRES LABILES ET LES PARASITOSES

Les modifications de la formule sanguine dans le syndrome de Löffler ne pouvaient manquer de faire établir une analogie entre cette manifestation et la parasitose.

L'on a incriminé plus spécialement l'ascaridiose, assez fréquente chez l'enfant, parfois rencontrée chez l'adulte.

Peut-on imputer l'image pulmonaire du syndrome de Löffler à l'*Ascaris* ?

Ceci nous semble fort difficile ; il est probable que la seule analogie entre l'ascaridiose et le syndrome de Löffler consiste en la présence d'éosinophilie dans les deux cas.

Nous ne connaissons pas de cas où l'on ait découvert dans les selles des malades traces d'*ascaris*.

De plus, l'hypothèse selon laquelle l'imprégnation pulmonaire serait due à la migration d'œufs ou de larves jusque dans le poumon, nous apparaît dénuée de fondement pour les raisons suivantes :

— Cette migration s'accompagne toujours — au moins dans les cas observés jusqu'alors — d'une pneumopathie aiguë, avec grosse atteinte de l'état général et fièvre élevée. Ce n'est pas l'allure clinique du syndrome de Löffler.

— Jamais les œufs n'ont pu être mis en évidence dans l'expectoration de malades porteurs d'ombres labiles.

Il nous semble donc que l'hypothèse de l'ascariotose, séduisante au premier abord, soit à rejeter de façon absolue, au moins jusqu'à nouvel ordre.

La découverte d'œufs dans l'expectoration trancherait la question et montrerait l'existence de pneumopathies parasitaires subaiguës, tout comme il existe des affections pneumococciques latentes...

IX

LES OMBRES LABILES ET L'INSOLATION

L'insolation prolongée du thorax a été invoquée comme étiologie des ombres labiles.

Les arguments présentés étaient les suivants :

— Les ombres labiles et plus particulièrement le syndrome de Loffler se verraient plus en été qu'en hiver, et particulièrement en juin et juillet.

— Elles se verraient plus dans les pays ensoleillés que dans les régions froides.

— Le soleil est capable de provoquer des lésions congestives — si néfastes dans la tuberculose pulmonaire — que certains admettent comme la base anatomo-pathologique de ces ombres labiles.

Wieland se demande si certaines de ces images ne seraient pas les méfaits de bains de soleil prolongés.

Certes, l'action du soleil pourrait expliquer un petit malaise, un petit syndrome clinique, que tout médecin a pu noter, l'été, chez ceux qui s'exposent au soleil de façon intempestive.

L'action congestive du soleil n'est pas douteuse ;

mais est-on sûr qu'elle soit suffisante pour donner à elle seule une ombre radiologique manifeste ?

D'autre part, pourquoi cette ombre se trouverait-elle sur tel ou tel point du poumon plutôt que sur un autre, alors que tout le thorax était exposé au soleil ?

Il faudrait imaginer une lésion quelconque du parenchyme, susceptible de jouer comme centre d'attraction.

Enfin, pour les cas où l'ombre s'accompagne d'éosinophilie, rien, dans l'insolation, ne peut expliquer celle-ci.

Aussi ne retiendrons-nous pas comme capable, à elle seule, de déterminer de telles images, l'exposition, même prolongée, au soleil.

X

INTERET PRATIQUE QUE PRESENTE LA CONNAISSANCE DES « OMBRES LABILES »

Quelle qu'en soit l'étiologie, la difficulté est très grande, en présence de telles images radiologiques, d'en faire d'emblée un diagnostic exact.

— S'agit-il d'un sujet d'apparence floride ? Sa bonne mine ne suffit pas à écarter l'idée de tuberculose.

— S'il s'agit d'un sujet amaigri, fatigué, avec quelques signes cliniques — ce que l'on voit le plus souvent — la perception sur l'écran d'une densification pulmonaire risque fort de l'étiqueter aussitôt tuberculeux.

Rien n'annonce, au premier abord, que l'ombre sera fugace.

Par un jugement trop prompt, le médecin risque de poser un diagnostic et d'établir un pronostic que le malade pourra bientôt considérer comme une erreur grossière dont il gardera rancune au disciple d'Esculape.

Parfois même, l'on peut imposer au malade un

traitement long et onéreux, tel qu'un pneumothorax alors que, trois semaines après, l'ombre se sera dissipée spontanément !

Dans la *Presse Médicale*, en 1931, Arnould et Poix signalaient déjà le danger de conclure trop vite devant une image radiologique suspecte. Ils y insistaient, en cette année où le passage à l'écran, devenant obligatoire pour chaque conscrit, risquait de classer tuberculeux des sujets atteints d'une affection bénigne.

A notre époque actuelle de mobilisation et de guerre, la question a son maximum d'intérêt : ces images peuvent faire errer une commission de réforme ou le médecin chargé de l'examen d'incorporation.

En pratique civile, un diagnostic uniquement basé sur une image radiologique peut porter le plus grand préjudice à un individu désireux d'entrer dans une administration ou au sujet qui, par droiture de conscience, vient subir un examen médical prénuptial.

Ces erreurs peuvent donc avoir les plus fâcheuses conséquences.

Aussi, devant toute image radiologique suspecte, devra-t-on faire un examen clinique approfondi et plus encore des examens bactériologiques minutieux et répétés. On n'oubliera pas la grosse valeur que peut avoir une cuti-réaction à la tuberculine, surtout chez l'enfant.

Ce n'est qu'à ces conditions que l'on n'augmentera pas, à tort, la légion déjà bien nombreuse des tuberculeux.

CONCLUSIONS

Malgré les nombreux points où nos connaissances sur les Ombres Pulmonaires Labiles ne sont que des hypothèses, nous tirerons, de ce travail, les conclusions suivantes :

— L'expression « Ombres Labiles » répond à des images radiologiques définies quant à leurs aspects et leur évolution.

— Les ombres pulmonaires labiles semblent être, dans bien des cas, en rapport avec l'allergie.

— Elles peuvent être dues à des affections pneumococciques bénignes et latentes.

— Celles-ci posent un problème délicat lorsqu'elles viennent modifier la radiographie d'un tuberculeux suivi ou d'un sujet prédisposé, par son passé, à la tuberculose.

— Il est, enfin, des ombres labiles de nature tuberculeuse qui ont fait parler de « tuberculoses bénignes et spontanément curables ».

— On peut les rencontrer, bien que rarement, au cours de l'asthme, et il ne faut pas alors les confondre avec de très passagères images de stase.

— La parasitose et l'insolation ne peuvent, à elles seules, les provoquer.

— Quoi qu'il en soit, leur connaissance évite au médecin d'alarmer à tort son malade et de l'engager, sans raison véritable et immédiate, à un traitement long et pénible.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
TANON,

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE et LEJARD. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, décembre 1932.
- AMEUILLE et THEOBALT. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, octobre 1936.
- ARMAND-DELILLE. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, décembre 1932.
- ARNOULD et POIX. — *Presse Médicale*, 1931.
- BENDA et MOLLARD. — *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique*, novembre 1935.
- BENDA et MOLLARD. — *Presse Médicale*, janvier 1936.
- BENDA et MOLLARD. — *Presse Médicale*, mai 1938.
- BESANÇON et Et. BERNARD. — *Annales de Médecine*, 1930.
- BRETON. — *Paris Médical*, juin 1938.
- BRETON et BONTE. — *Bulletin de la Société de Radiologie Médicale de France*, décembre 1938.
- CARDISS, GILLIARD, SPRIET. — *Revue de la Tuberculose*, III, 7, 1937.
- COHEN. — *Presse Médicale*, mai 1938.

- DEBRÉ et LAMY. — *Presse Médicale*, juin 1939.
- DELBECQ, GARNIER, DEPASSE. — *Revue de la tuberculose*, V, 1, 1939.
- DIETL. — *Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 39, II, 1932.
- DOUADY et COHEN. — *Revue de la Tuberculose*, IV, 1, 1938.
- EIZAGUIRE. — *La Medicina Ibera*, juin 1935.
- ENGEL DESIDER. — *In the Chenese Medical Journal*, 49, 1935.
- FARAVELLI. — *La Radiologia Medica*, avril 1937.
- FASSBENDER. — *Zetischrift fur Tuberculose*, 1926, n° 44.
- GERNEZ RIEUX. — *Revue de la Tuberculose*, V, 1, 1939.
- HANSSON. — *Acta radiologica scandinava*, VIII, 1937.
- JACOB. — *Revue de la Tuberculose*, IV, 5, 1938.
- JAHIEL. — *Revue de la Tuberculose*, V, 4, 1939.
- JEANNERET et FAME. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, juin 1931.
- JEANNERET et FAME. — *Revue de la Tuberculose*, octobre 1933.
- KLUIT. — *Nederlinsch Tijdschrift Voor Genes-Kunde*, octobre 1936.
- LANGERON, D'HOOR, FOURNIER. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, novembre 1936.
- LOFFLER. — *Journal de radiologie*, 1935.
- LOFFLER. — *Klinische Wochenschrift*, mars 1935.

MANTOUX. — *Revue de la Tuberculose*, I, 10, 1933.

MARQUEZY. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, octobre 1936.

MOLLARD. — *Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, septembre 1938.

OFFERMANN et WULLEIWEBER. — *Zeitschrift für Tuberculose*, 66, 1932.

SEYE. — *Annals de Medicina*, mars 1934.

SODERLING. — *Acta Poediatrica*, 1935, XVII.

TROISIER et NICO. — *Revue de la Tuberculose*, V, 4, 1939.

WERNES JADASSOHN. — *Schweizerischen, Medizinischen Wochenschrift*, n° 45, 1936.

WERNLI HAESIG. — *Schweizerischen, Medizinischen Wochenschrift*, n° 45, 1936.

